ÉTUDE CLINIQUE

N° 24.

SUR LES

FLUXIONS DE POITRINE

DE NATURE CATARRHALE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 12 juin 1885

PAR

ALPHONSE LAVAL

Né à Cournonsec (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0100

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET.....
LANNEGRACE..... Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). L. DUMAS (✲).

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. BERTIN-SANS, *président ;*
CASTAN, professeur;
REGIMBEAU, agrégé.
BAUMEL, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA BELLE-SŒUR

A ma cousine Madame veuve CAVAILLÉ

Hommage de reconnaissance.

A MES PARENTS

A. LAVAL.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BERTIN-SANS

A Monsieur le Docteur BROUSSE

Chef de Clinique Médicale à l'hôpital Saint-Eloi.

A Monsieur le Docteur U. COSTE

Bibliothécaire-adjoint à la Faculté de Médecine.

A MES MAITRES

A MES AMIS

A. LAVAL.

INTRODUCTION

Ayant observé en mars et avril 1884, dans le service de M. le Professeur-Agrégé Mossé, plusieurs cas de fluxion de poitrine, nous avons jugé à propos d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale. Certes le sujet n'est pas nouveau. Deux de nos savants Professeurs de la Faculté ont traité la question d'une manière magistrale dans le *Montpellier Médical*. Si nous avons tenu cependant à reproduire la même étude, c'est afin de prouver que nous avons su profiter de l'enseignement de nos Maîtres. Ce travail que nous avons essayé de rendre aussi clair que possible est bien imparfait, nous ne l'ignorons pas. Des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de traiter la question avec tout le développement qu'elle comporte.

Nous prions donc nos Juges de nous accorder leur indulgence et de tenir compte de tous nos efforts.

Qu'il nous soit permis en terminant de remercier bien vivement M. le Dr Brousse, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, des conseils bienveillants qu'il nous a donnés.

Après un court aperçu historique et quelques considérations sur la nature de la fluxion de poitrine, nous étudierons successivement l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement, et en dernier lieu viendront les observations.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES FLUXIONS DE POITRINE

DE NATURE CATARRHALE

APERÇU HISTORIQUE

Avant de chercher à établir la valeur de la dénomination ancienne des mots fluxion de poitrine de nature catarrhale, nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de montrer dans un rapide et court aperçu historique le sens qu'on a attaché à ces mots depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

Pour Hippocrate, la fluxion est un mouvement intérieur en vertu duquel le sang ou toute autre humeur se porte sur un organe. Il distingue parfaitement la notion de fluxion de la notion de congestion.

Galien reprenant son œuvre sépare nettement la révulsion de la dérivation et fixe les indications relatives de ces deux moyens d'action selon la période de la maladie.

Après eux et pendant le moyen-âge, les médecins se livrent à de stériles et confuses discussions.

Les médecins arabes confondant révulsion et dérivation

prescrivent presque exclusivement la révulsion quelle qu'en soit l'indication.

Il faut arriver aux médecins de la Renaissance, Brissot, Fernel, Laurent-Joubert, de Montpellier, pour voir la doctrine Hippocratique acceptée et rétablie. Fernel, à l'exemple de Galien, établit une grande différence entre la révulsion et la dérivation qu'il définit: *«Est revulsio illabentis humoris in contrarium tractus.»* — *«Derivatio est humoris illapsi tractus in vicinum latus.»*

Au XVII[e] et au XVIII[e] siècle règnent trois grandes doctrines, qui, pour le besoin de leur cause, défigurent la vraie signification de la fluxion. Ce sont les iatromécaniciens, les solidistes et les animistes.

La doctrine Hippocratique était de nouveau obscurcie quand parurent les travaux de Barthez. Ce dernier appelle fluxion: «tout mouvement qui porte le sang ou une autre humeur sur un organe particulier avec plus de force ou suivant un autre ordre que l'ordre naturel.»

Dans son Mémoire sur le traitement méthodique des fluxions, il distingue la révulsion de la dérivation, et pose les règles qui doivent présider à leur emploi, règles énoncées en cinq paragraphes restés classiques.

Après lui cette doctrine a toujours été enseignée par les professeurs de l'école de Montpellier, et pour ne citer que les ouvrages les plus récents et en même temps les plus remarquables, nous signalerons la monographie clinique de l'affection catarrhale du professeur Fuster, les mémoires publiés par MM. les professeurs Dupré et Grasset dans le *Montpellier Médical* en 1860 et 1874.

Si pendant tout le XIX[e] siècle la doctrine Hippocratique de la fluxion de poitrine catarrhale a été admise par l'école de Montpellier, il n'en était pas de même dans les autres facultés.

Les traités de pathologie, les cliniques, les thèses, en un

mot, tous les ouvrages médicaux parus en dehors de cette école ne mentionnaient même pas ces mots, lorsqu'en 1878, à Paris, M. le professeur-agrégé Dieulafoy publia, dans la *Gazette hebdomadaire*, un article dans lequel il acceptait et défendait cette dénomination que plus récemment encore, il inscrivait dans son traité de pathologie interne.

« Ce sont, dit-il, ces états morbides, mixtes et bâtards, dans lesquels les éléments hypérémique et phlegmasique sont diversement combinés. Si la fluxion de poitrine n'est vraiment qu'une congestion pulmonaire; si même il est prouvé qu'elle n'est qu'une inflammation, il faut la supprimer comme état morbide distinct et au terme assez vague et peu scientifique de fluxion de poitrine, on a raison de substituer les termes plus précis d'hypérémie ou de phlegmasie; mais avant de la rayer du cadre nosologique, il s'agit de savoir jusqu'à quel point elle doit être confondue avec d'autres états morbides, il s'agit de savoir si elle n'est pas autre chose qu'une hypérémie ou une phlegmasie. »

Enfin, en 1882, une thèse sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale était soutenue à Paris.

Nous allons chercher à justifier l'emploi de ce mot fluxion, à propos duquel M. Dupré (1) écrivait, en 1860, dans le *Montpellier-Médical* : « En voyant ce mot, les uns m'accuseront de tendances rétrogrades, les autres m'accuseront de me servir d'expressions vagues, bizarres et peu en rapport avec les données actuelles de la science. »

Les mots fluxion de poitrine expriment un fait, dit-il, et pas autre chose. Pourquoi alors, pourrait-on dire, ne pas accepter les mots de pneumonie, broncho-pneumonie, pleuro-pneumonie, etc., suivant qu'un ou plusieurs organes sont simultanément atteints ?

Ces mots-là impliquent l'idée d'un état inflammatoire, et dans la fluxion de poitrine le processus morbide n'arrive pas toujours à l'inflammation. Le propre de l'état inflammatoire en général est de se localiser à un seul organe, poumon, bronches, plèvre, mais nous verrons plus tard que le propre de l'affection catarrhale est de se séparer des autres par sa nature et non par ses lésions. Elle envahit à la fois et les organes contenus dans la cage thoracique, poumons, bronches, plèvres et les parois elles-mêmes. Cet état va-t-il toujours jusqu'à l'inflammation ? la suite nous prouvera le contraire.

Est-ce à dire que la fluxion n'est qu'une hyperhémie ? Rien ne nous autorise à prendre ce dernier terme de préférence à l'autre. La congestion, c'est l'aboutissant de la fluxion. Or, dans certains cas légers et peu graves, le processus morbide peut n'atteindre que les parois thoraciques. Peut-on dire alors qu'il y a congestion ?

Le mot fluxion seul peut rendre compte de cet état, parce qu'il exprime un fait et qu'il n'a ni le sens d'inflammation ni celui de congestion.

(1) Dupré. *Montpellier Médical.*

Quant au terme « de poitrine » employé avec le mot de fluxion qu'il complète et dont on ne peut le séparer, il est amplement justifié par l'extension de la fluxion à tous les organes respiratoires.

Quelle différence, en effet, avec les phlegmasies franches qui se localisent à un seul organe, respectant tous les autres? Voit-on souvent une pneumonie franche se compliquer de bronchite ou de pleurésie? Rarement, et dans ce cas, la maladie n'aurait pas une marche et une bénignité comparables à celles que nous présentent les fluxions de poitrine.

Après avoir établi ce que nous entendons par « fluxion de poitrine », nous allons essayer de prouver que l'expression de « nature catarrhale » ajoutée à la première est aussi justifiée.

« Le mot catarrhe, jusqu'à Pinel et Broussais, a désigné une maladie particulière ayant sa marche, son évolution, son traitement plus particulièrement définis par son étiologie; c'est la doctrine développée par M. Fuster (1) ». « Mais l'école physiologique au nom de l'anatomie pathologique a nié le catarrhe comme mode morbide spécial. Elle a affirmé son identité avec l'inflammation et soutenu que le catarrhe n'est qu'une inflammation des membranes muqueuses et principalement des muqueuses respiratoires, empruntant à la constitution anatomique de ces organes quelques différences superficielles qui ne sauraient changer sa nature (2)»; telle est l'opinion de Lebert qui cependant n'est pas admise par un des plus illustres micrographes Charles Robin, qui repousse une semblable assimilation.

La réaction cependant commence à s'opérer, le catarrhe

(1) *Montpellier Médical.* Grasset, 1874.
(2) *Montpellier Médical* Dupré 1860

qui avait été banni de la nosologie médicale, au nom de l'anatomie pathologique, semble devoir reprendre sa place au nom de cette même science.

En 1872, dans une thèse soutenue pour le concours de l'agrégation, M. Bergeron disait: « Les affections catarrhales sont des affections qui atteignent presque toutes les muqueuses ou bien se limitent à quelques-unes de ces membranes, mais qui ont toutes des caractères communs : inflammation avec hypersécrétion, réaction fébrile et troubles généraux hors de toute proportion avec l'intensité des lésions locales et qui sont dues dans leurs manifestations aiguës à des influences atmosphériques, lesquelles nous échappent dans leur essence même; mais ces influences n'en sont pas moins certaines. »

Si sous l'influence de l'atmosphère, un mouvement fluxionnaire s'opère et se dirige vers la poitrine, nous aurons une fluxion de poitrine, puisque tous les plans seront envahis et de nature catarrhale, puisque ces affections catarrhales atteignant toutes les muqueuses sont dues à des influences atmosphériques qui nous échappent dans leur essence.

Par ses symptômes, la fluxion de poitrine a des caractères communs avec la pneumonie, ces deux états morbides diffèrent cependant essentiellement par leur nature, leur facilité de propagation et le traitement.

Comment débute la pneumonie? Par un frisson violent, prolongé, unique. Dans l'affection catarrhale, les frissons sont multiples et répétés, erratiques et superficiels. La dyspnée est plus grande dans la pneumonie, mais ce qui sépare surtout ces affections, c'est leur nature, l'une étant inflammatoire et l'autre catarrhale.

Les affections catarrhales se manifestent par des symptômes prodromiques plus ou moins nombreux, tels que:

lassitude générale, frissons erratiques auxquels succèdent des bouffées de chaleur, courbature, céphalalgie, pouls petit et dépressible.

Les affections inflammatoires, au contraire, débutent avec une brusquerie surprenante. Le frisson est intense, dès le début, la température s'élève, le pouls est plein et dur, la peau sèche, la respiration gênée, la soif est ardente et la face injectée.

Décrivant les symptômes de ces affections, Fuster, dans sa monographie clinique de l'affection catarrhale, dit : « La pneumonie catarrhale ne va, le plus souvent, sans la pleurésie congénère. Elle réunit aussi les signes complexes des deux lésions. On ne peut soupçonner chez beaucoup de malades l'existence de la pleurésie, plusieurs de ces signes étant masqués jusqu'à la mort par ceux de la pneumonie. On constate des douleurs mobiles, déchirantes, très étendues et exagérées par la pression et par les mouvements, une toux vive, quinteuse, continuelle, fatigante, arrachant péniblement des profondeurs de la cavité thoracique des flots d'une liqueur limpide, aqueuse, âcre, plus ou moins teinte et mêlée de sang. »

Les signes stéthoscopiques: matité en divers points, râles sibilants mêlés à des sous-crépitants, souffle bronchique, tous ces symptômes prouvent surabondamment que ces maladies envahissent dès le début et d'emblée la totalité de l'appareil respiratoire, puisque on trouve associés et les symptômes de bronchite, de pneumonie, de pleurésie et pleurodynie.

« L'affection catarrhale est une maladie particulière spéciale qui se sépare des autres par sa nature, et nullement par ses lésions. Et comment se caractérise la nature d'une maladie? en décrivant son étiologie, sa marche et ses terminaisons(1). »

(1) Grasset, *Montpellier Médical* 1874.

ÉTIOLOGIE.

Les causes sous l'influence desquelles apparaissent les fluxions de poitrine de nature catarrhale sont multiples. Signalons d'abord comme une des principales causes les brusques variations atmosphériques, car cette affection n'est produite ni par le chaud ou le froid, le sec ou l'humide, les vents du Nord ou du Midi, mais bien par le passage rapide et intense d'un état à l'autre. Ces conditions météréologiques se trouvent réalisées dans notre climat méditerranéen principalement pendant les mois de mars et avril, mois en général tempérés, mais pendant lesquels le thermomètre éprouve des oscillations considérables. Tous les cas qui font le sujet de notre travail ont évolué pendant ces deux mois. Faisons cependant une restriction pour l'observation I, c'est pendant le mois de février qu'a éclaté la maladie. Les tableaux publiés par la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, pour les mois de mars et avril, nous apprennent que pendant l'année 1884, le mois de mars a été exceptionnellement sec. Il n'a plu que le 12 et le 31 de ce mois et encore en petite quantité. Le vent du Nord a soufflé sans interruption. Enfin, la température a présenté des écarts considérables. Pour ne citer que quelques exemples et les plus saillants, le 8 mars, la température maxima était de 17°2 et la température minima —2°2, ce qui donne une différence de 19°4. Le 17 mars, la température maxima était 20, minima 0, différence 20. Le 25 maxima 19°5, minima — 1, etc.

Dans le mois d'avril tout change. Autant le mois de mars a été sec, autant celui-ci est pluvieux. Le vent du sud a régné d'une façon plus permanente en raison même des changements

survenus dans l'état hygrométrique. Comme dans le mois précédent, on peut aussi noter des écarts sensibles; qu'il suffise de signaler quelques exemples comme plus haut et on aura alors une idée assez exacte de ces brusques variations atmosphériques qui sont un des plus puissants facteurs dans la production de l'affection qui nous occupe. Le 4 avril, la température maxima était 18° et la température minima 0,5: différence 18°5. Le 9 avril, maxima 21: minima 1,4: différence 20,4. Le 10, maxima 20°, minima = 2, différence 22, etc.

La constitution médicale joue aussi un très grand rôle. A chaque saison, lorsqu'elle évolue d'une manière régulière, correspond une maladie spéciale. L'affection catarrhale peut être considérée comme une maladie saisonnière évoluant pendant les premiers mois du printemps; et nous venons de voir que les variations de l'atmosphère peuvent non seulement imprimer telle ou telle forme à des maladies déjà existantes mais peuvent même en produire de toutes pièces. Quelquefois la maladie prend le caractère épidémique (grippe), mais on ne sait encore à quoi attribuer ce phénomène que l'on constate sans pouvoir l'expliquer. Telles furent les épidémies de 1732-33 qui envahirent l'Europe entière, celles de 1785-1803 qui désolèrent l'Angleterre, et enfin celle qui régna en France plus récemment en 1837 et dont M. le Professeur Caizergues a donné une bonne description.

Les deux causes principales que nous venons de citer et de développer ne sont pas les seules. Bien loin de nous l'idée de nous en tenir à ces deux ordres de faits. D'autres causes, quoique d'une importance moindre, ont aussi leur place indiquée dans ce court et trop succinct résumé. Le tempérament, les dispositions individuelles, le genre de vie, quoique jouant un rôle plus effacé, n'en méritent pas moins d'être signalés à l'attention. Tout le monde sait par expérience que chacun de nous a plus ou moins d'aptitude à contracter

telle ou telle affection. Il en est de l'affection catarrhale comme de toutes les autres. Sous l'influence du moindre refroidissement et parfois même sans cause appréciable, certaines personnes fâcheusement prédiposées contractent une fluxion de poitrine.

Quant au genre de vie et à l'importance qu'il occupe dans l'étiologie, il est facile de s'en rendre un compte exact. En parcourant les observations publiées dans les mémoires de MM. les professeurs Dupré et Grasset, on constate que tous les malades observés étaient des militaires ou des gens exercant une profession assez pénible. Sur 7 de nos malade, 6 étaient des militaires, un seul était un ouvrier maçon, profession qui elle aussi expose aux intempéries de l'air. Pour les militaires rien de surprenant, si on songe aux exercices pénibles auxquels ils sont soumis au début de leur incorporation.

SYMPTOMATOLOGIE

Le propre de l'affection catarrhale, avons-nous déjà dit, est d'envahir à la fois et les organes contenus dans la cavité thoracique et les parois elles-mêmes de cette cavité. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver un symptôme ou un signe qui soit propre à cette affection à l'exclusion de tout autre. Puisque tous les organes sont envahis, puisque le thorax lui-même subit cet envahissement, ce sont donc les signes des affections thoraciques que nous allons rencontrer, en proportion plus ou moins considérable, il est vrai, mais en rapport avec l'organe qui sera le plus atteint. Si c'est la plèvre par exemple, on aura de la matité avec perte d'élasticité au point où l'épanchement sera formé; le murmure vésiculaire sera à peine perçu et remplacé par des frottements pleuraux, à l'auscultation de la voix, on entendra l'égophonie, etc., comme dans les observations III et VII.

Comment débute la fluxion de poitrine catarrhale? Le début ne serait ni brusque ni instantané, il y aurait au contraire une période prodromique ou plutôt d'imminence morbide d'une durée variable mais allant par fois jusqu'à huit jours. Cette période est caractérisée par un état vague et mal défini de malaise général, céphalalgie, inappétence, coryza, etc. Elle peut manquer ou même passer inaperçue, si on n'a soin en interrogeant le malade de préciser et d'attirer son attention sur ce point. Pour lui, la maladie ne commence que lorsque apparaissent les frissons répétés avec le cortège qui leur est habituel, céphalalgie, courbature générale, etc. Bientôt alors éclatent et le point de côté et la dyspnée.

Le frisson de l'affection catarrhale a des caractères qui lui sont propres et le séparent nettement de celui de la pneumonie inflammatoire. Tandis que cette dernière maladie débute par un frisson violent et unique, dans l'affection catarrhale, au contraire, on observe des frissons répétés, vagues, légers, superficiels, alternant avec des bouffées de chaleur. Couvrir les malades, placer des boules d'eau chaude à côté des pieds, tels sont les moyens employés pour les faire disparaître. On ne peut pas cependant passer sous silence un fait qui a été signalé et dont l'exactitude peut être vérifiée dans les observations, c'est le début des frissons dans l'après-midi ou dans la soirée. Sur 7 observations, 6 constatent la vérité du fait énoncé ; quant à la septième, le moment du début n'est pas noté.

Douleur du côté.— Ici encore différence notable entre le point de côté de la fluxion de poitrine catarrhale et celui de la pneumonie. Dans cette dernière affection, la douleur est nettement accusée et limitée par le malade en un point d'assez faible étendue. Dans la première, au contraire, elle occupe le thorax tout entier, elle est diffuse, en nappe, et il est impossible de la localiser en un point quelconque. Faible et presque nulle chez certains individus, la douleur présente de tels phénomènes d'acuité dans certains cas, que le malade ne peut faire le moindre mouvement. La toux, l'expectoration, la respiration ne peuvent s'effectuer que très difficilement et parfois le malade ne peut chasser au dehors les mucosités qui encombrent les bronches et augmentent encore la dyspnée déjà assez grande. Dans ces cas-là, il n'y a pas à hésiter, on doit apaiser la douleur et par cela même soulager le patient. Les ventouses sèches ou scarifiées, les injections au chlorhydrate de morphine, tels sont les moyens bons à mettre en

usage et qui donnent presque toujours un bon et heureux résultat.

Toux. — Commune à toutes les affections de l'appareil respiratoire, elle ne présente rien de particulier à signaler; sèche au début, elle s'accompagne bientôt d'une expectoration qu'il importe de signaler et de connaître.

Expectoration. — Les crachats sont visqueux, adhérents au vase et teintés de sang, tantôt légèrement, tantôt plus fortement, selon les diverses périodes; on peut, il est vrai, ne pas avoir une expectoration présentant ces caractères, alors que les lésions des bronches surtout dominent. Dans ce cas-là, on a les crachats de la bronchite.

Dyspnée. — Comme le point de côté, la dyspnée n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions qui ne sont ni assez profondes ni assez intenses pour produire un tel état. — A quoi est due cette dyspnée ? Quelles sont les causes qui peuvent la produire ? L'Observation II nous en offre un exemple frappant. Le malade se plaint d'un violent point de côté. Pour ne pas augmenter la douleur déjà aiguë qu'il éprouve, il ne met pas en jeu les muscles de la respiration et immobilise le thorax. La conséquense naturelle est une dyspnée intense. Qu'on supprime la cause et l'effet disparaît; 8 ventouses scarifiées sont appliquées, la douleur diminue et la respiration devient moins douloureuse et partant plus facile.— Empressons-nous d'ajouter que, dans la plupart des cas, la dyspnée n'existe que très légèrement marquée.

Avant d'aborder l'étude des signes physiques, il y a un symptôme d'une certaine importance qu'il est juste, croyons-nous, de signaler sans nous y arrêter longuement. Ce n'est

autre chose que la rougeur des pommettes, rougeur qui existe du côté envahi par la fluxion.

Le délire serait assez fréquent dans cette affection, d'après M. Dupré qui, sur huit malades, l'a rencontré cinq fois. « Il dépendrait de la nature particulière de la fièvre sous l'influence de laquelle la fluxion pulmonaire s'est réalisée. » Dans une thèse publiée à Montpellier en 1878, il a été constaté 4 fois sur 12 observations de fluxions de poitrine catarrhale. Quant à nous, aucun de nos malades n'a présenté ce symptôme.

Les signes physiques que l'on constate à l'inspection n'offrent rien de particulier à signaler.

A la palpation, on constate ou exagération ou diminution des vibrations thoraciques, selon la prédominance d'une congestion pulmonaire d'un épanchement.

Les signes fournis par la percussion sont variables et en rapport avec l'étendue de la lésion. Si les parois seules du thorax et les bronches ont été atteintes, la percussion ne nous fournira aucun élément important de diagnostic. Si le mouvement fluxionnaire s'est surtout porté vers les poumons, on aura alors de la submatité ou de la matité, selon que le degré sera plus ou moins prononcé. Pour l'auscultation, comme pour la percussion, les signes dépendent des organes intéressés. Si les bronches sont atteintes, on aura des râles sibilants, avec l'épanchement pleurétique des frottements. Dans les cas de congestion pulmonaire, l'auscultation fera entendre un souffle tubaire assez net avec ses râles sous-crépitants, seul le râle crépitant, râle du début de la pneumonie, n'existerait pas dans la fluxion de poitrine catarrhale.

Température. — Les malades après leur entrée à l'hôpital, ont présenté tous un état fébrile assez accentué. Il est vrai qu'ils n'entraient que trois et même cinq jours après la

période d'invasion. La température a presque toujours atteint 40° et quelques dixièmes, une seule fois elle est arrivée à 41°. Elle ne s'est maintenue qu'un seul jour à ce chiffre si élevé: c'est le malade de l'observation II qui était tourmenté par un violent point de côté. Les exacerbations avaient lieu tous les soirs, elles étaient légères; d'un degré à peine, souvent moins.

Cependant dans l'observation I, la température qui le 13 février, septième jour de la maladie, était descendue à 38°1 est montée le soir à 40°6. C'est une différence de 2°5. Rien de particulier n'étant survenu et la température étant revenue à la normale le lendemain matin, et ce phénomène ayant coïncidé avec l'application d'un vésicatoire, tout porte à admettre que cette élévation a été produite par l'application du vésicatoire.

La défervescence a lieu généralement du septième au neuvième jour. Parfois brusque et instantanée, elle coïncide avec quelque phénomène de terminaison, sueurs profuses, épistaxis, éruption d'herpès aux lèvres, etc., mais quelquefois elle suit une courbe régulièrement descendante.

Dans l'observation I, la défervescence a lieu le septième jour. Le 12 février, le malade avait 40°1 le matin et 40°4 le soir. Le 13 au matin, la défervescence a lieu et le thermomètre accuse 38°1. Différence 2 degrés.

Dans l'observation II, la défervescence commence au quatrième jour avec une chute de 1 degré et continue ainsi les jours suivants. Le sixième jour, il y a une légère élévation le matin, mais elle ne persiste pas et la défervescence s'opère ainsi d'une façon graduelle et lente en opposition avec l'observation I où la chute de la fièvre n'eut lieu que le septième jour.

Le pouls est modéré et dépressible et n'offre pas les caractères de résistance et de plénitude que l'on trouve dans les affections de nature inflammatoire.

TERMINAISON

L'affection catarrhale, à moins de complication, se termine généralement par résolution. « Cette résolution se présente le plus souvent dans des conditions spéciales, au milieu d'un appareil symptomatique qui fait de cette période une des plus caractéristiques de la maladie; le plus souvent la maladie se termine par crise (1).» On voit nettement la défervescence coïncider avec des sueurs profuses, des épistaxis, une éruption d'herpès aux lèvres, et en même temps l'amélioration se fait sentir dans toute l'économie, le pouls est moins fréquent, les râles présentent déjà les phénomènes de résolution et le malade qui, la veille encore était abattu, se déclarait guéri et demandait déjà une alimentation plus substantielle que le bouillon. Hâtons-nous d'ajouter que parmi les modes de terminaison, le plus fréquent et le plus habituel se fait par des sueurs abondantes.

Pour l'observation I, la défervescence brusque a lieu le septième jour. Elle a coïncidé avec une épistaxis. Le malade qui la veille avait 40°4 ne présente plus le lendemain que 38°1.

Dans l'observation II, la défervescence est moins rapide, elle est graduelle, cependant la chute de la température qui se produit une première fois apparaît avec une éruption d'herpès aux lèvres.

Pour l'observation IV, la chute de la fièvre est notée le septième jour avec des sueurs abondantes.

Ces trois exemples et le nombre aurait pu facilement être augmenté, ne viennent que confirmer les propositions énoncées plus haut.

(1) Grasset, *Montpellier Médical*, 1874.

La marche de la maladie dans la plupart des cas observés par nous a été rapide, et la période de convalescence a commencé au sixième, septième jour, rarement plus tard. Il est bien entendu qu'on ne doit pas comprendre dans cette courte période, celle désignée sous le nom de période prodromique ou d'imminence morbide et sur laquelle les malades ne peuvent nous renseigner d'une manière exacte pour pouvoir en tenir compte. D'ailleurs l'état morbide ne commence véritablement qu'à la période d'invasion, alors que les frissons, la courbature, la céphalalgie obligent le malade à garder le lit, c'est alors qu'apparaissent tous les symptômes fonctionnels et physiques.

Complications. — Si la maladie n'évolue pas régulièrement, si elle ne suit pas sa marche parfaitement nette et tracée, il faut rechercher quelle peut être la cause de cet arrêt et de ce trouble.

Nombreuses sont les complications qui peuvent survenir dans le cours de l'affection catarrhale. Loin de nous la pensée de les énumérer toutes, qu'il nous suffise de signaler et de pouvoir reconnaître les plus importantes.

Les antécédents héréditaires ou personnels, le tempérament, les habitudes seront pour nous d'un secours immédiat et précieux pour la recherche et le diagnostic de la complication qui survient et menace, en allongeant la maladie, de compromettre la santé du malade.

Un alcoolique, par exemple, présente moins de résistance qu'un sujet vigoureux. Il faudra donc s'attendre à une période plus longue et aussi lui administrer l'alcool à dose assez forte.

Un autre élément vient souvent compliquer la fluxion de poitrine dans les départements situés sur les bords de la Méditerranée principalement, c'est l'impaludisme. Les anté-

cédents, le lieu d'habitation, combinés avec la marche de la température, éclairent le diagnostic du médecin.

Quant à la diarrhée qui est parfois intense, il ne faut pas oublier que les crises se font parfois par les selles et que ce serait commettre une fâcheuse imprudence que de vouloir arrêter la nature dans ses effets salutaires.

Passons maintenant à la dernière des complications à signaler et non la moins importante, l'état typhoïde, que l'on rencontre fréquemment chez les jeunes soldats. Chez eux se trouvent réunies les conditions nécessaires à son développement, aussi est-ce chez eux qu'il évolue le plus souvent.

Quant aux causes capables de le produire, il nous suffit de citer toutes les conditions débilitantes qui agissent et sur l'organisme et sur le système nerveux. Les traits caractéristiques de l'état typhique sont le décubitus dorsal, l'hébétude, l'immobilité, les fuliginosités, la pulvérulence. L'importance de la connaissance des complications pour l'institution du traitement ne peut être contestée. C'est sur les indications que sera basé le traitement dans la plupart des cas.

DIAGNOSTIC.

Ce n'est pas sur tel ou tel symptôme que devra être basé le diagnostic de l'affection catarrhale, mais sur l'ensemble des phénomènes qu'elle présente et qui appartiennent les uns à la bronchite, les autres à la pleurésie. etc., c'est-à-dire aux maladies de l'appareil respiratoire.

Peut-on confondre la fluxion de poitrine avec la bronchite? Nous ne le croyons pas, dans cette dernière maladie les bronches seules sont atteintes; à la percussion. on ne constate ni matité ni submatité; à l'auscultation, on entend des râles ronflants et sibilants à l'exclusion de tous les autres. Le point de côté n'existe pas et est remplacé par une douleur rétro-sternale. Les crachats sont épais et muqueux, mais non sanguinolents, et quoique ce dernier caractère puisse manquer dans l'affection catarrhale avec localisation principale sur les bronches, les frottements pleuraux avec râles bullaires, les frissons du début, avec la douleur de côté devront faire éliminer le diagnostic de bronchite.

Dans la pleurésie, les vibrations thoraciques sont diminuées ou abolies. A la percussion, la matité est en rapport avec l'étendue du liquide épanché; à l'auscultation, on entend une respiration rude avec frottements pleuraux. Le murmure vésiculaire est affaibli, tous ces signes peuvent bien se rencontrer dans la fluxion de poitrine, mais ils sont moins accusés et à ceux-là viennent s'ajouter des râles sibilants ou sous-crépitants qui n'existent pas dans la pleurésie franche.

Quant à la pneumonie, le début a lieu par un frisson

unique et violent bien différent des frissons multiples de l'affection catarrhale.

Le point de côté est localisé, tandis que celui de la fluxion occupe toute la surface du thorax ; il est superficiel et erratique ; à l'inspection, on trouve les vibrations thoraciques exagérées ; à l'auscultation, on entend des râles crépitants au début avec souffle tubaire. Les lésions sont nettement limitées au poumon primitivement atteint et envahissent rarement les bronches. Dans la fluxion, les lésions au lieu d'être limitées en un point occupent une grande étendue, ce qui implique la coïncidence de certains symptômes de la pneumonie avec ceux de la bronchite et de la pleurésie.

Dans les fluxions de poitrine d'origine paludéenne, deux phénomènes d'une importance capitale éclairent le diagnostic et doivent mettre à l'abri de toute confusion, un bruit de souffle d'une intensité considérable qui se décèle pendant un accès et ne s'entend plus dans l'intervalle ; en second lieu, les symptômes des accès, frisson, chaleur et sueur, doivent éveiller l'attention du praticien, et lorsqu'il verra les deux symptômes bruit de souffle et accès apparaître et disparaître simultanément, il pourra conclure à l'origine paludéenne de l'affection. Si à cela on ajoute les exacerbations matinales, on aura alors le tableau complet, d'ailleurs dans le doute le sulfate de quinine ferait vite connaître la nature paludéenne de la maladie.

PRONOSTIC.

Dans tous les cas que nous avons observés, la maladie a eu une terminaison heureuse, et il en est généralement ainsi lorsqu'elle évolue naturellement et sans complications.

Lorsque la mort en est le dénouement fatal, elle est due à l'individu atteint qui se trouve dans des conditions mauvaises et ne peut lutter contre le mal. Nous pouvons donc conclure que la guérison est la règle, et la mort une exception ou plutôt un accident comme dit M. le professeur Grasset.

TRAITEMENT

Nous avons vu que l'affection catarrhale livrée à elle-même, sans complication aucune, se termine d'une manière heureuse du septième au neuvième jour en général.

Dès lors, à quoi bon intervenir et pourquoi ne pas attendre cette issue favorable, prêts, il est vrai, à user de nos moyens d'action à la moindre menace de complications? L'expectation est bien conseillée par quelques praticiens, mais à part quelques rares exceptions, il est bien difficile de rester inactif en présence d'une maladie qui offre certainement bien des indications à remplir. Quelle sera donc la ligne de conduite à suivre pour le traitement ? Celui-ci doit être basé sur les indications suivantes :

« 1° Calmer l'état nerveux et rétablir ou régulariser les fonctions de la peau ; 2° arrêter le mouvement fluxionnaire; chercher à résoudre les altérations dont il a été l'origine et pour cela provoquer la formation de mouvements critiques ou favoriser ceux que la nature suscite; 3° enfin, venir de bonne heure au secours des forces ; s'abstenir de tout ce qui peut les diminuer ; chercher à les accroître pour faciliter l'évolution naturelle de la maladie et rendre la convalescence aussi courte que possible (1).»

Telle est, en quelques mots, la base de la médication active à employer. A cela, nous ajouterons combattre les complications lorsqu'elles se présentent.

Le repos au lit, les boissons chaudes, émollientes et diaphorétiques sont indiqués dès le début de cette affection. Les révulsifs appliqués aux extrémités des membres infé-

(1) Dupré, *Montpellier Médical*, 1860

rieurs, cataplasmes émollients, cataplasmes sinapisés remplissent une partie de la seconde indication en essayant de détourner le mouvement fluxionnaire de la poitrine. Un vésicatoire sur le côté malade, au début, ne pourrait avoir qu'une action noscive et loin de diminuer le mouvement fluxionnaire ne ferait que l'accroître. Le vésicatoire n'est indiqué qu'à la fin, pour hâter et favoriser la résolution.

Contre l'état saburral des premières voies de l'appareil digestif, un éméto-cathartique est nettement indiqué.

L'infusion d'ipécacuanha employée chez certains de nos malades est considérée, par M. Dupré (1), comme le spécifique de l'affection catarrhale. On prépare ce remède en faisant infuser 1, 2, 3 grammes d'ipécacuanha concassé dans 120 grammes d'eau bouillante pendant un quart d'heure ou 20 minutes ; on passe et on ajoute suivant les cas ou du sirop simple ou du sirop d'écorce d'oranges amères, etc. Cette infusion se prend par cuillerées à bouche toutes les deux heures. Cette préparation hâte la résolution en provoquant d'abondantes sueurs critiques et facilite l'expectoration. De plus, elle n'a pas les effets contro-stimulants des antimoniaux. Elle est surtout indiquée alors que la fluxion est définitivement fixée sur les organes de la respiration. Les vomissements qui quelquefois surviennent dès le début ne doivent nullement décourager le praticien ; il doit continuer avec persévérance et n'abandonner le remède que si les effets produits sont trop considérables.

Pour connaître d'une manière approfondie le rôle de l'ipécacuanha introduit dans l'économie, il suffit de citer les conclusions du travail remarquable de M. Pécholier paru en 1862:

1° Diminution considérable dans le nombre et l'énergie des battements du cœur et des pulsations;

(1) Dupré, *Montpellier médical*, 1860.

2° Diminution également considérable dans le nombre des respirations et dans la quantité de sang affluant vers les poumons;

3° Abaissement de la température dans la bouche, l'aisselle, l'oreille; état stationnaire ou accroissement de celle du rectum;

4° Efforts constants de vomissements, hypérémie de l'estomac et de la moitié supérieure de l'intestin, disparition du glucose du foie;

5° Diminution de l'activité du système nerveux, paralysie des nerfs sensitifs, tandis que les nerfs moteurs et la contractilité musculaire sans être tout-à-fait abolis sont amoindris.

Autant M. Dupré vante l'infusion d'ipéca dans le traitement des affections catarrhales, autant il repousse les saignées. Elles abattent les forces, augmentent l'anxiété, font prédominer les symptômes nerveux: insomnies, agitation de l'esprit, délires, tremblement. «L'étendue de la lésion locale, son siège spécial au sommet des poumons, la violence de la toux, de la douleur, de la dyspnée, de la fièvre, du délire ne sauraient infirmer ce principe, il est absolu. Leur intervention ne pourrait être acceptée que lorsque un élément différent, un élément purement inflammatoire leur est associé, et, dans ce cas, l'analyse clinique le découvre.» Cependant cette année même, nous avons vu M. le professeur Combal ordonner une saignée de 100 gr. chez un malade atteint d'une affectation catarrhale. C'était plutôt une saignée révulsive que déplétive. L'état du malade se trouva amélioré d'une manière très sensible et le lendemain la défervescence avait lieu.

Comme nous l'avons constaté dans nos observations, l'état adynamique est très prononcé chez certains malades. Il faut

donc lutter et prescrire dès le début bouillon et vin au lieu de soumettre le malade à une diète qui l'affaiblirait davantage. Une potion au quinquina et à l'alcool peuvent aussi rendre de très grands services non seulement pendant le cours de l'affection, mais encore pendant la convalescence, alors que le malade épuisé par les sueurs profuses qui ont marqué la chute de la fièvre, a besoin d'être soutenu par des toniques afin de ne pas traîner longtemps en convalescence.

Contre un point de côté excessivement douloureux, plusieurs moyens s'offrent au thérapeutiste : ventouses sèches, scarifiées, injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Si les phénomènes nerveux présentent une trop grande intensité, les antispasmodiques tels que opium, musc sont formellement indiqués.

Contre l'élément paludéen qui, dans nos pays, complique souvent les maladies régnantes, on trouvera dans le sulfate de quinine un médicament très précieux et dont l'efficacité est presque toujours certaine.

L'état typhoïde que nous avons vu compliquer si souvent l'affection catarrhale chez les jeunes soldats, ne réclame pas d'autres soins que les potions alcooliques et les toniques.

Dans les accidents cérébraux que nous n'avons pas constaté chez nos malades, la dérivation active vers les membres inférieurs est de toute nécessité.

Tels sont les principaux moyens dont dispose le praticien pour combattre les complications et remplir les indications qui se présentent dans la fluxion de nature catarrhale. Doit-on traiter de même les pneumonies inflammatoires ? D'après M. Dupré, ici les saignées sont nécessaires, l'opium inutile ou dangereux, l'infusion d'ipéca inutile aussi.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc conclure en nous basant sur ce qui précède :

1° Il existe à côté des maladies inflammatoires des organes de la respiration des maladies aiguës qui méritent le titre de catarrhales.

2° Elles se distinguent par l'étendue des lésions, la rapidité des processus, et la facilité de propagation.

3° Elles se reconnaissent par un ensemble de signes qui lui sont propres.

4° Elles se terminent le plus souvent par guérison.

Observation I.

B., soldat au 122e régiment d'infanterie, âgé de 23 ans, cultivateur de son état, se trouve couché au n° 15 de la salle Saint-Charles, service de M. le professeur-agrégé Mossé.

Il est d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution et d'une complexion forte.

Rien de particulier à signaler comme antécédents héréditaires; quant à lui, il a contracté en Tunisie les fièvres intermittentes il y a un an.

Entré à l'hôpital le 10 février 1884 dans la soirée, B. nous raconte qu'il est malade depuis 4 jours. Au début il a été pris de frissons, de tremblements suivis de chaleur et de sueur. Quelque temps après il a ressenti un point de côté.

11 février (5e jour). B. est abattu; il a de la chaleur, le pouls est fréquent et dépressible, la toux est constante et les crachats sont rouillés. A l'examen de la poitrine, on constate à la percussion de la matité avec perte d'élasticité à la base du côté droit et en arrière.

A l'auscultation, on entend une respiration soufflante dans toute l'étendue du poumon droit avec quelques râles sous-crépitants à la partie externe et au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

Temp. mat. 40°5, soir 40°9.

On prescrit potion avec:

Extrait de quinquina.....	4 gram.
Rhum.....	30 —
Potion gommeuse.....	120 —

Bouillon et vin.

12 février (6e jour). Epistaxis. Expectoration sanguinolente et assez diffluente. Le pouls est fréquent et dépressible. Il y a de la submatité à droite et en arrière. On entend des râles sibilants et quelquefois des râles sous-crépitants au tiers moyen.

Temp. matin 40°1 ; soir 40°4. Même traitement.

13 février (7e jour). Epistaxis. Le pouls est toujours dépressible mais moins fréquent. La toux continue, cependant les crachats sont moins nombreux. Mêmes signes stéthoscopiques.

Temp. mat. 38°1, soir 40°6.

On prescrit: Sulfate de quinine 1 gr.

Vésicatoire en arrière et du côté droit.

14 février (8me jour). Épistaxis continue. Le malade se trouve mieux, la fièvre a disparu et on n'entend plus la respiration soufflante.

Temp. mat. 36°4, soir 37°6.

Continuer le sulfate de quinine 1 gr.

15 février (9me jour). Même état.

Supprimer le sulfate de quinine et continuer toujours la potion, avec

Extrait de quinquina.....	4 gr.
Rhum.....	30 —
Potion gommeuse.....	120 —

16 février (10me jour). La fièvre n'a pas reparu malgré la suspension du sulfate de quinine.

Temp. mat. 36°9, soir 37°4.

Les jours suivants, la température est normale. On continue le même traitement.

Le 19 février, la résolution est complète, on ne constate plus rien du côté de la poitrine et on prescrit potage et côtelette.

Potion avec:	Rhum.....	30 gr.
	Café.....	100 —

Observation II.

P....., soldat au 122me régiment d'infanterie, est admis à l'hôpital Saint-Éloi, le 14 mars, salle Saint-Charles, N° 2.

Constitution vigoureuse, complexion forte. Nous ne notons rien de particulier comme antécédents héréditaires, comme antécédents personnels une fièvre typhoïde au mois de juillet dernier.

Le malade a été pris le 12 au soir de céphalalgie, de frissons répétés alternant avec des bouffées de chaleur. Il a ressenti en même temps un point de côté à gauche.

A son entrée à l'hôpital, P.... se trouve très oppressé et cette dyspnée est due principalement à une douleur pectorale vive et violente qu'il éprouve du côté gauche. Le pouls est petit mais résistant. Les crachats sont sanguinolents.

La percussion nous dénote de la matité à la base du poumon gauche et en arrière, et l'auscultation nous démontre l'existence de frottements pleuraux au même niveau.

Temp. 14 au soir 40°.

Prescription: Bouillon et vin.
Huit ventouses scarifiées.

15 mars (3me jour). Même état. On entend toujours des frottemets pleuraux à la base, et du souffle tubaire à la partie moyenne.

Temp. mat. 41°1, soir 41°.

Prescription: Infusion d'ipéca .... 2 gr.
Rhum. . ..... 30 —

16 mars (4me jour). La dyspnée est moins grande, mais pas d'amélioration du côté de la poitrine.

Temp. mat. 39°8, soir 39°5.

Prescription. Même traitement.

17 mars (5me jour). Les frottements pleuraux existent toujours à la base du poumon gauche. On entend de plus du souffle tubaire dans toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, souffle très marqué dans l'aisselle. On constate une éruption d'herpès sur les lèvres surtout du côté droit. Le malade accuse une diarrhée assez abondante. L'expectoration est toujours sanguinolente.

Temp. mat. 38°6, soir 39°4.

Prescription: Potion avec 4 gr. d'extrait de quinquina à alterner avec l'infusion d'ipéca.

18 mars (6me jour). Souffle toujours très intense et remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière. L'auscultation de la voix fait entendre de la broncho-égophonie.

On supprime tout et on prescrit sulfate de quinine 1 gr., vin vieux et bouillon.

Temp. mat. 39°1, soir 38°7.

19 mars (7me jour). La température est tombée à la normale. Le malade se trouve beaucoup mieux et est moins gêné pour respirer. Les crachats sont encore sanguinolents mais moins visqueux. Le souffle a diminué d'intensité quoiqu'il soit toujours très étendu, on l'entend encore depuis l'épine de l'omoplate jusqu'au tiers inférieur. En faisant tousser le malade, on entend quelques râles crépitants de retour.

Prescription: Sulfate de quinine 0,80 centigr.

Vin diurétique de Trousseau 2 cuillerées.

Temp. mat. 37°3, soir 38°5.

20 mars (8mé jour). L'amélioration persiste. Le souffle a bien diminué, mais il existe encore quelques signes d'épanchement.

Prescription: Sulfate de quinine 0,50 centigr.

Vésicatoire à trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Temp. mat. 37°3, soir 37°8.

21 mars (9me jour). L'état du malade va toujours en s'améliorant.

Temp. mat. 37°2, soir 38°1.

22 mars (10me jour). La veille au soir le malade s'est plaint d'une douleur assez vive du côté gauche, ce qui explique l'augmentation d'un degré qu'a éprouvé le thermomètre. Le matin on constate un souffle très étendu de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. Crachats légèrement teintés de sang, mais moins abondants. Respiration un peu rude en avant.

On suspend le sulfate de quinine et on prescrit une potion avec

Extrait mou de quinquina . .	4 gr.
Rhum	30 —

Temp. mat. 37°8, soir 38°1.

23 mars (11me jour). Même état, cependant la douleur pectorale a diminué d'intensité. Même traitement.

Temp. mat. 37°7, soir 37°8.

24 mars (12me jour). Le souffle persiste toujours en arrière avec quelques légers frottements pleuraux à la base. Le point de côté diminue. L'état général est satisfaisant et le malade demande à manger.

Prescription. Même traitement. Potage et côtelette.

La température est normale et le malade quitte l'hôpital quelque temps après complètement guéri.

Observation III.

I...., sapeur au 2e régiment du Génie, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez bonne, d'une complexion

moyenne, est admis à l'hôpital Saint-Eloi, le 16 mars, après la visite; il est couché au n° 15 de la salle Saint-Charles.

Le malade raconte que le 12 au soir il fut pris de frissons répétés. Il sentit en même temps un point de côté qui siégeait d'abord à droite, puis se localisa à gauche. Envoyé à l'infirmerie où il reçut quelques soins, il fut ensuite dirigé sur l'hôpital avec le diagnostic de pneumonie. Sur son billet d'entrée étaient inscrites les températures suivantes:

14 mars. Soir Temp. 40°5.

15 mars. Temp. mat. 39°1, soir 40°1.

16 mars (4e jour). Le soir il nous a été possible d'examiner le malade. La fièvre est intense, le pouls est fréquent et dépressible. L'auscultation nous révèle un bruit de souffle au niveau de la partie moyenne du poumon gauche. Crachats rouillés et visqueux.

Prescription: Bouillon, vin.

Temp. mat. 40°, soir 40°2.

17 mars (5e jour). Les signes s'accentuent davantage. On trouve en outre une matité très étendue allant de la base du poumon gauche en arrière jusqu'au dessous de l'épine de l'omoplate. La respiration est obscure à la base et l'auscultation de la voix fait entendre de l'égophonie. On a donc tous les signes d'un épanchement pleurétique qui vient de se former. La dyspnée est assez prononcée.

Prescription: Jaborandi en infusion 6 gr.

Temp. mat. 39°1, soir 40.

Le soir on commence à entendre dans la fosse sous-épineuse, lors des fortes inspirations, des râles crépitants survenant par bouffées.

18 mars (6e jour). Les signes de résolution commencent et la fièvre diminue.

Prescription: Potion avec 20 gouttes de teinture de digitale.

Temp. mat. 38°5, soir 37°7.

19 mars (7e jour). Le malade se trouve beaucoup mieux. Il n'a plus de fièvre. L'auscultation nous révèle encore l'existence du bruit de souffle. On perçoit aussi l'égophonie à la base du poumon.

Prescription. Même traitement.

Temp. mat. 37°1, soir 37°4.

20 mars (8e jour). Le malade est apyrétique. On perçoit néanmoins quelques râles crépitants de retour à la réunion du tiers inférieur.

Prescription: Potion avec 25 gouttes de teinture de digitale.

Temp. mat. 36°8, soir 37°2.

21 mars. Rien de particulier à signaler. La fièvre ne paraît plus. Le mieux se maintient. Même traitement.

22 mars. Le malade va tout-à-fait bien au point de vue de l'état général. Il reste un peu d'épanchement en arrière et à la base où on ne distingue pas nettement le murmure vésiculaire.

Prescription: Iodure de potassium 0,50 centigrammes.

La teinture de digitale est suspendue.

Observation IV.

S..., soldat au 2e régiment du Génie, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 15 avril 1884 et est couché dans la salle Saint-Charles au n° 18.

Tempérament lymphatique, constitution assez bonne.

Rien du côté héréditaire. Quant à lui il n'a jamais eu de maladie grave, cependant il est assez sujet à s'enrhumer.

Il nous raconte qu'au retour d'une marche militaire, 3 jours

auparavant il s'est senti brisé, courbaturé. Dans la soirée, il ressentit des frissons alternant avec des bouffées de chaleur. En même temps éclate un point de côté assez violent.

16 avril (4e jour). Le malade étant arrivé la veille après la visite est examiné; à la percussion de la poitrine rien d'anormal, à l'auscultation on entend à gauche de nombreux sous-crépitants fins. La respiration est rude. L'expectoration est sanguinolente. Il y a de la dyspnée. Le malade en outre accuse de la céphalalgie, une soif vive et ardente.

Prescription: Infusion d'ipéca 2 gr.

Bouillon et vin.

Temp. mat. 39°9, soir 40°2.

17 avril (5e jour). L'état du malade s'est peu modifié. On entend toujours des râles sous-crépitants à gauche avec quelques sibilants à droite. Le point de côté diminue. Le pouls est fréquent et dépressible.

Même traitement.

Temp. mat. 40°, soir 40°4.

18 avril (6e jour). Les signes stéthoscopiques se sont légèrement modifiés et la dyspnée diminue, la toux est moins fréquente, l'expectoration est toujours sanguinolente.

Continuer l'infusion d'ipéca à 2 gr.

Temp. mat. 39°5, soir 39°8.

19 avril (7e jour). Le malade éprouve une légère amélioration, à la suite de sueurs profuses, mais il est fatigué et abattu. Le pouls est moins fréquent, l'expectoration moins sanguinolente et moins visqueuse. On entend toujours des râles sous-crépitants en arrière et au tiers moyen du poumon gauche.

Prescription: Potion avec:

Extrait de quinquina.....	4 gram.
Rhum.....	30 —
Potion gommeuse.....	120 —

Temp. mat. 38°2, soir 38°7.

20 avril (8e jour). La fièvre est tombée. Le pouls est petit, mais la fréquence est normale. Les râles ont disparu presque entièrement et le malade tousse peu.

Prescription: Potage, continuer seulement la potion au quinquina.

Temp. mat. 37°2, soir 37°3.

21 avril. La résolution s'opère rapidement, et les phénomènes généraux s'amendent. Le malade demande à manger. La température est normale.

On lui donne potage et côtelette le matin.

22 avril. Le mieux va toujours en augmentant et le malade entre définitivement en convalescence.

Observation V.

G.., maçon, entré le 23 avril 1884, est couché au N° 8 de la salle Saint-Lazare.

Rien de particulier à signaler du côté héréditaire. Comme antécédents personnels, il avoue faire des excès de boisson.

Le malade raconte que dans la soirée du 20 avril, il fut pris de frissons répétés avec céphalalgie, courbature générale. Dans la nuit se déclara le point de côté à droite.

23 avril (3me jour). Le 23 avril, à l'examen le point de côté persiste. La face est injectée, les yeux larmoyants, la pommette droite rouge. La toux est fréquente et les crachats sanguinolents. Le malade accuse de la douleur dans l'arrière-gorge. Après examen, on constate de la rougeur sur le voile du palais et sur les amygdales qui sont légèrement tuméfiées. L'auscultation nous fait entendre des râles sous-crépitants

dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, une respiration rude de ce côté et du souffle vers la partie moyenne.

Prescription: Infusion d'ipéca 2 gr., gargarisme émollient, 4 ventouses scarifiées en arrière et à droite.

Bouillon et vin.

Temp. mat. 40°1, soir 40°5.

24 avril (4e jour). Les signes stéthoscopiques persistent avec autant d'intensité que la veille et s'étendent même à gauche où l'on entend des râles sous-crépitants assez nombreux. Le malade est faible et abattu.

Prescription: Continuer l'infusion d'ipéca. Ajouter la potion alcoolique avec 30 gr. de rhum.

Temp. mat. 40°2, soir 40°.

25 avril (5e jour). A la visite, le malade paraît présenter moins d'affaissement. La toux est moins fréquente. Les crachats quoique toujours striés de sang sont moins visqueux. La dyspnée est moins prononcée et l'oreille perçoit quelques râles humides plus prononcés à droite.

Même traitement.

Temp. mat. 39°2, soir 38°5.

26 avril (6e jour). La respiration est toujours plus facile, le pouls a diminué de fréquence, les crachats sont d'une couleur jaunâtre, les râles sous-crépitants s'entendent encore.

Même traitement.

Temp. mat. 38°, soir 38°2.

27 avril (7e jour). Le malade est apyrétique et l'état général plus satisfaisant que les jours précédents.

Temp. mat. 37°2, soir 37°5.

28 avril (8e jour). Le mieux persiste, la fièvre et les signes stéthoscopiques disparaissent et s'amendent. Le malade a besoin d'un régime tonique pour sa convalescence.

On suspend l'infusion d'ipéca. Continuer la potion alcoolique. Potage et vin.

29 avril. Rien de particulier à signaler. Etat toujours satisfaisant. On prescrit potage et côtelette.

Le malade reste à l'hôpital quelques jours encore, mais tous les signes stéthoscopiques, râles sous-crépitants, souffle ont disparu

Observation VI.

H.... soldat au 122e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital Saint-Eloi, le 25 avril 1884, salle Saint-Charles, nº 22.

Tempérament lymphatique, constitution et complexion moyennes.

Le malade nous dit qu'il ressentit, il y a 5 jours, un malaise général.

Il fut pris de frissons erratiques avec céphalalgie, vertige, brisement des membres et lassitude marquée.

25 avril (5e jour). Les mêmes phénomènes persistent, mais plus accentués.

H... se plaint d'un point de côté à droite. Il a le facies fatigué, la langue saburrale au milieu, rouge à la pointe. Pouls fréquent. La toux est pénible, l'expectoration simplement muqueuse, mais parfois les crachats présentent une teinte sanguinolente. L'examen de la poitrine ne dévoile qu'une exagération des vibrations dans le côté droit. A l'auscultation, on n'entend qu'une respiration obscure et présentant une certaine rudesse.

Prescription : Bouillon et vin.

Temp. mat. 37º9, soir 38º7.

26 avril (6e jour). Les mêmes phénomènes persistent. Cependant l'auscultation révèle des bouffées de râles sous-

crépitants dans la fosse sous-épineuse droite. Les crachats sont légèrement rouillés.

On prescrit une infusion d'ipéca à 2 gr. et une potion avec:

Extrait mou de quinquina....	3	grammes.
Rhum.....	30	—
Potion gommeuse.....	120	—

Tisane pectorale chaude. 4 ventouses scarifiées.

Temp. mat. 40°4, soir 40°.

27 avril (7e jour). L'état général n'a pas subi de grandes modifications. La toux est moins fréquente et la dyspnée moins intense, mais la fièvre existe toujours ainsi que les râles sous-crépitants.

Même traitement.

Temp. mat. 39°, soir 40°.

28 avril (8e jour). Du soir au matin, la fièvre a diminué de deux degrés; cette chute a coïncidé avec l'apparition de sueurs profuses et de quelques vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure. Les vibrations sont revenues à la normale. L'expectoration n'est plus sanguinolente. Le pouls est lent et dépressible.

Supprimer l'infusion d'ipéca, mais continuer la potion alcoolique.

Temp. mat. 38°2, soir 37°5.

29 avril (9e jour). Le malade est apyrétique et se sent mieux. La toux est fréquente et grasse, il commence à recouvrer l'appétit.

Même traitement avec potage en plus.

Temp. mat. 37°2, soir 37°5.

30 avril. La convalescence commence. On ne perçoit plus de signes physiques et le malade demande à manger.

On lui donne potage et côtelette.

Observation VII.

R.., soldat au 2e régiment du Génie, entra à l'hôpital Saint-Eloi le 30 avril 1884, au n° 5 de la salle Saint-Charles.

Rien du côté héréditaire. Quant à lui, il a eu des manifestations de la diathèse scrofuleuse dans son jeune âge. Il est de plus sujet à s'enrhumer, dit-il.

La maladie a débuté, le soir, il y a 5 jours, par de légers frissons, de la céphalalgie, de la courbature. Aujourd'hui, il se plaint d'un point de côté à droite. Le pouls assez fréquent et dépressible. A la percussion, on trouve un peu de matité à la base et du côté droit. A l'auscultation, une respiration rude avec un peu de souffle et quelques frottements pleuraux.

Expectoration visqueuse et sanguinolente.

On prescrit: Bouillon et vin. Tisane pectorale.

Temp. mat. 39°4, soir 40°1.

1er mai (6e jour). Il y a toujours de la matité jusque dans la fosse sous-épineuse droite. La respiration est plus rude, quant aux frottements pleuraux ils persistent.

Mêmes prescriptions. Ajouter infusion d'ipéca 2 grammes.

Temp. mat. 40°3, soir 40°1.

2 mai (7e jour). Les frottements pleuraux diminuent, la respiration est moins rude, tous les signes stéthoscopiques, en un mot, ont diminué d'intensité en même temps que la fièvre est tombée de 2 degrés environ. Continuer l'infusion d'ipéca à 2 grammes, le bouillon et le vin.

Temp. mat. 39°, soir 39°,3.

3 mai (8e jour). La submatité a disparu ainsi que les

râles sous-crépitants. Les frottements pleuraux diminuent d'une manière très nette. Plus de souffle ni de rudesse dans la respiration. Crachats à peine rouillés.

Même traitement.

Temp. 37°8, soir 38,3.

4 mai (9e jour). La fièvre est tombée à la normale. Le malade est toujours dans un état satisfaisant. Il demande à manger.

A partir de ce moment, la maladie n'offre rien de particulier.

On suspend l'infusion d'ipéca et on donne du potage.

Les jours suivants, la température est normale. Le malade prend des aliments, la respiration et les pulsations sont aussi normales.

Il entre en convalescence et ne sort de l'hôpital que plusieurs jours après entièrement guéri.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu :
Le Président censeur,
BERTIN-SANS.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !